Aus der Universitäts-Hautklinik Breslau
(Dir. Prof. Dr. H. Gottron)

# Lichen ruber der Schleimhäute

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

vorgelegt von

**Gerhard Niesner**
bestallter Arzt

Breslau 1938
Druck: Hochschulverlag Karl Vater, Breslau 5, Siebenhufener Str. 11-15

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität Breslau

Referent: Professor Dr. Gottron
Dekan: Professor Dr. Vogt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

*Meinen lieben Eltern*
*gewidmet*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542706_0134

Bereits im Jahre 1869 hat Wilson, wohl als Erster, einen Fall von Lichen ruber — L. r. — der Mundschleimhaut beschrieben. Er bemerkte bei einer Patientin auf der Wangenschleimhaut, der Zunge und den Lippen Knötchen und weiße Streifen mit roter erhabener Umgebung.

Einige Zeit später hat Pospelow einen ähnlichen Fall von L. r. der Wangenschleimhaut, der Zunge und des Gaumens beobachtet; er sah perlmutterähnliche Ringe und weißliche Streifen.

Stobwasser lehrte die heute als typisch für den L. r. der Mundschleimhaut feststehende Anordnung der Lichen-Knötchen in Streifen. Durch das Anastomosieren dieser Streifen kommt die stricknetzförmige Anordnung zustande.

Heute wissen wir, daß der L. r. der Schleimhäute keinesfalls mehr eine Seltenheit darstellt. Ich habe z. B. von 54 klinischen Kranken mit L. r. in den Jahren 1920-38 in der hiesigen Univ. Haut-Klinik 27 Fälle mit Beteiligung der Schleimhäute, sei es Mundhöhle, Genitalien beider Geschlechter, oder Rectum gefunden; also in 50 % der Fälle. Bei den poliklinischen Kranken mit L. r. ergibt sich allerdings bei weitem nicht ein so hoher Prozentsatz von Kranken mit Schleimhautbeteiligung, wobei wohl zu berücksichtigen ist, daß bei der großen Besucherzahl der Poliklinik bei einem Teil der L. r.-Fälle die Schleimhautbeteiligung früher unbeachtet geblieben sein kann, bezw. später auftrat.

Aus den annähernd 600 Fällen von L. r., die in den Jahren 1920-38 in der Poliklinik beobachtet wurden, konnte ich insgesamt 98 Fälle von Schleimhautbeteiligung feststellen.

Gegenüber der Anzahl der klinisch Kranken wurde also in der Poliklinik die Beteiligung der Schleimhaut in 17 % der L. r.-Fälle erfaßt.

## Mundhöhle.

Mit Beteiligung der Schleimhaut der Mundhöhle konnte ich von poliklinisch Kranken 28 und von klinischen Kranken 9, also insgesamt 37 Fälle oder ca. 28 % zusammenstellen, davon 5 Fälle, bei denen es sich um einen isolierten oder solitären L. r. der Mundhöhlenschleimhaut handelt, d. h., daß nur allein die Mundschleimhaut Erscheinungen von L. r. aufwies. Diagnostisch machen diese Fälle von isoliertem L. r. der Mundschleimhaut bisweilen Schwierigkeiten; so wird im Schrifttum auf eine Verwechselung mit syphilischen Erscheinungen hingewiesen. Dies beruht z. T. auf einer gegenseitigen Aehnlichkeit, z. T. darauf, daß Lichen-Erscheinungen neben bestehender Syphilis auftreten oder bei Kranken, die früher syphilitisch infiziert waren.

Als Beispiel dazu ein Fall von Gougerot:

Bei einem weiblichen Patienten glichen die Hauterscheinungen völlig einer Roseola syphilitica. Die Blutreaktionen auf Syphilis fielen negativ aus. Das Hinzutreten von Erscheinungen auf der Mundschleimhaut wies auf die Diagnose L. r. hin. Das histologische Bild bewies, daß L. r. der Haut und Schleimhaut vorlag.

Auf der Wangenschleimhaut tritt der L. r. auf in Form von weißlichen bis silbergrauen Knötchen, die nach Gautier nadelkopfgroß sind, manchmal kleiner. Aeußere Form: hemisphärisch abgeplattet, auch konisch mit polygonaler Basis. Konsistenz: hart und rauh. Die Knötchen sitzen unmittelbar der Schleimhaut auf. Durch Dichtesbeieinandertreten und Auftreten neuer Knötchen bilden sich flächenhafte Krankheitsherde. Die streifen- und stricknetzförmige Anordnung, wie sie vornehmlich auf der Wangenschleimhaut vorkommt, hat Stobwasser beschrieben. Auf der Zungenoberfläche ist die einzelne Papel nach Gautier mehr weißlich; sie kann größer oder auch kleiner sein, ist aber flacher und von derber Konsistenz. Auf der Zungenunterfläche ist die einzelne Papel kleiner und feiner und ähnelt eher derjenigen der Wangenschleimhaut. Bei der Verschiedenheit der Grundelemente ist es erklärlich, daß auch die Plaquesbildung auf der Zunge ein anderes Aussehen hat als auf der Wangenschleimhaut. Hier setzen sich die Plaques scharf gegen die nichtbefallene Schleimhaut ab, die gänzlich unverändert bleibt; sie sind weißlich bis perlmutterglänzend; die Oberfläche ist rauh und unregelmäßig, niemals glatt. Oft bilden sich tief-weiße Formen in netzartiger Anordnung. Nach Vanlair beginnt der Zungen-Lichen an der Spitze oder der Basis der Zunge und breitet sich von da aus über die ganze Oberfläche, bisweilen auch die Unterfläche aus. Auf der Zunge kommen die Plaques, wie Trautmann es beschreibt, durch das primäre Befallenwerden der einzelnen Zungenpapille zustande. Die Zungenschleimhaut dazwischen bleibt zunächst frei. Die ergriffenen Papillen sind ausgesprochen weißlich. Das einheitliche Niveau kommt dadurch zustande, daß die befallenen Papillen sich abflachen und die interpapilläre Schleimhaut sich verdickt.

Es wurde früher behauptet (Jadassohn u. a.), daß der L. r. der Mundhöhle bestimmte Stellen bevorzugt. So bestand allgemein die Ansicht, daß eine mittlere Zone der Wangenschleimhaut, am Mundwinkel beginnend und sich in der Verlängerung der Mundspalte aboralwärts erstreckend — von Schumacher als Saumgebiet bezeichnet — als Prädilektionsstelle für den L. r. angenommen wurde. Diese Sonderstellung wurde dem „Saumgebiet" auf Grund der Annahme zugewiesen, daß nur dieses entwickelungsgeschichtlich ein Uebergangsgebiet zwischen äußerer Haut und Schleimhaut darstelle.

In der Arbeit von Halter: „Zur Kenntnis des Fordyceschen Zustandes" wird nachgewiesen, daß diese Sonderstellung dem sogenannten Saumgebiet nicht zukommt. Ich kann dies bezüglich

der Lokalisation des L. r. nur bestätigen: in den von mir zusammengestellten 37 Fällen von L. r., in denen die Mundhöhle mitbefallen war, läßt sich die Hypothese, die das Saumgebiet als Prädilektionsstelle für das Befallensein von L. r. hinstellt, nicht aufrecht erhalten.

Die Wangenschleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung wird von L. r.-Effloreszenzen befallen; in einem meiner Fälle sogar unter fast völliger Freilassung des Saumgebietes! Es würden sich diese meine Beobachtungen mit den von Goedbloed gewonnenen embryologischen Erkenntnissen decken, daß nämlich die Wangenschleimhaut in ihrer gesamten Ausdehnung, also nicht nur das Saumgebiet, bezüglich ihrer epithelialen Auskleidung als Uebergangsgebiet zwischen Haut und Schleimhaut bezeichnet werden muß. (Halter).

Es gibt zwar auch Fälle, in denen gerade nur das Saumgebiet vom L. r. befallen wird; aber wie gesagt, das Gegenteil kommt auch vor.

Nächst den Wangen und der Zunge sind die Lippen in einer Häufigkeitsskala von Trautmann angeführt.

Trautmann gibt eine ausführliche Zusammenstellung der Lokalisation bei 157 Fällen von L. r. der Mundschleimhaut. Bei 157 Fällen, insgesamt war beteiligt:

| | | |
|---|---|---|
| Wangenschleimhaut | 129 mal | 82,1 % |
| Zunge | 80 „ | 50,09 % |
| Lippen | 35 „ | 22,22 % |
| Gaumen | 27 „ | 17,10 % |
| Zahnfleisch | 17 „ | 10,08 % |
| Larynx | 7 „ | 4,45 % |
| Uvula | 6 „ | 3,70 % |
| Tonsillen | 4 „ | 2,54 % |
| Nasenhöhle | 2 „ | 1,27 % |
| Pharynx | 1 „ | 0,63 % |

Ich kann dazu keine Stellung nehmen, weil die geringe Anzahl unserer Fälle von L. r. der Lippen, des Gaumens, der Tonsillen, der Uvula und des Larynx und Pharynx keinerlei statische Schlüsse zuläßt.

Beim L. r. am Lippenrot ist das Epithel flächenhaft verdickt, blättert oft in Schuppen ab und hat einen eigenartigen bläulichweißen Schimmer. Sobald die Herde sich aber auf der Lippenschleimhaut befinden, verliert dieses Farbenbild allmählich an Deutlichkeit. An diesem Schleimhautbezirk besteht eine deutliche Neigung zur Plaques-Bildung.

Am harten und weichen Gaumen, sowie auf dem Zahnfleisch stehen die Knötchen mehr isoliert — kalkspritzerartig; höchstselten finden sie sich hier in stricknetzförmiger Anordnung. (Stobwasser).

Auf den Tonsillen sind meist die gleichen, von Leukoplakie schwer zu unterscheidenden weißen gezackten Streifen oder feine weiße Stippchen und Flecken vorhanden.

Ueber den L. r. des Kehlkopfes ist die Kasuistik z. Zt. noch sehr spärlich; trotzdem kann gesagt werden, daß hier die Effloreszenzen denen der äußeren Haut ähnlich sind und in typischen Formen angetroffen werden. Das elementare Lichen-Knötchen ist hier wegen der klaren roten Kehlkopfschleimhaut und des Fehlens der äußeren Einflüsse — Speichel usw. — deutlich erkennbar. (Trautmann).

Auf der Rachenwand zeigt sich der L. r. vorwiegend in Gestalt der Knötchen, die weiß und flach und bei Berührung derb sind. (Trautmann).

Frieboes sagt dazu: alle Teile des Mundes incl. des Lippenrotes können befallen werden. Besonders häufig lokalisiert sich der L. r. an den Wangeninnenflächen, den Zungenrändern, nach dem Mundboden zu und auf dem Zungenrücken; aber auch die anderen Teile incl. Rachenschleimhaut sind sehr oft beteiligt.

Während die Veränderungen an der Wangenschleimhaut meist sehr charakteristisch sind, kann die Diagnose an anderen Stellen (Lippen, Zunge, Tonsillen, Rachen) oft zweifelhaft sein, zumal der L. r. des Mundes entweder den L. r. des Körpers überdauert oder auch für sich allein auftritt."

## Männliche Genitalien.

Eine Prädilektionsstelle für den L. r. bilden die männlichen Genitalien, häufig als Ausgangspunkt auch auf andere Körperanteile. Sehr oft wird hier der L. r. als Doppellokalisation mit dem der Mundschleimhaut angetroffen. Ich habe 61 Fälle von L. r. der männlichen Genitalien zusammengestellt; davon waren 24 kombiniert mit L. r. der Mundhöhle. An den männlichen Genitalien zeigen die Effloreszenzen eine besondere und fast konstante Formation; die flachen und zarten, wachsschimmernden, meist gedellten Knötchen bilden hier Scheiben und noch häufiger Kreise, Halbkreise und Bögen: L. r. annularis. (Trautmann).

Auf dem Penis und der Außenseite des Präputiums zeigt sich der L. r. in derselben Form wie auf der sonstigen äußeren Haut. Auf der Innenfläche des Präputiums und der Glans ähnelt der L. r. mehr dem Typ des Schleimhaut-Lichen, obwohl es sich hier ausdrücklich um äußere Haut handelt. Es dürfte dies bedingt sein durch die vermehrte Feuchtigkeit und die zahlreichen Drüsen.

H. v. Hebra hält den Sulcus coronarius glandis für eine ausgesprochene Prädilektionsstelle des L. r. Auf der Glans finden sich oft um die Mündung der Urethra isolierte, weißliche akuminierte Papeln, meist in circinärer Anordnung. Page beschreibt einen Fall, bei dem sich eine derartige Papel auf die Urethra fortsetzte. Heuß beschreibt ausführlich einen Fall von L. r. der Urethra; es fanden sich „etwa in der Mitte der pars pendula an der oberen Wand 2 scharf von der roten Umgebung sich abhebende bläulich-

weiße Flecken, an einer Stelle als Netzwerk feinster Streifen erkennbar."

Bettmann stellt in einem Fall eine deutliche Analogie mit den Veränderungen auf der Mundschleimhaut fest, insofern als auf beiden eine deutliche Netzzeichnung schön zu erkennen war.

In 8 Fällen meiner Beobachtungsreihe nahm von den Genitalien der L. r. seinen Ausgang und trat auf der Schleimhaut der Mundhöhle später auf. Inwieweit diese Zahl als primärer Ausgangspunkt des L. r. von den Genitalien aus zu werten ist, wage ich nicht zu entscheiden; denn der untersuchende Arzt wird vielleicht oft einen bereits bestehenden L. r. der Mundhöhle entdecken.

Auf dem Scrotum finden sich in nicht großer Seltenheit infiltrierte, hypertrophische Plaques; schräg gegen das Licht betrachtet weisen diese einen bläulichen Glanz auf und tragen teilweise ein feines Schüppchen.

## Weibliche Genitalien.

Zu Beginn des Kapitels über den L. r. der weiblichen Genitalien möchte ich einen z. Zt. noch bestehenden Irrtum richtig stellen: daß nämlich der L. r. mit Beteiligung der weiblichen Genitalien eine Seltenheit sei.

Bis zum Jahre 1916 ist das Schrifttum über Vulvabeteiligung des L. r. äußerst spärlich; Wechselmann, Simons, Pinkus erwähnen die Vulva als gelegentlichen Sitz von L. r. Effloreszenzen.

Aus dem Jahre 1908 ist eine Arbeit von v. Notthafft erwähnenswert:

Es handelt sich um eine 37jährige Frau mit äußerst juckendem Hautausschlag, verbreitet über den ganzen Körper; ein typischer L. r. Behandlung: mit Atoxyl.
Nach 6 Wochen war der größte Teil der Effloreszenzen verschwunden.

Bemerkenswert ist der Fall deswegen, weil die Krankheit ihren Ausgang von den Genitalien genommen hatte, und zwar ein halbes Jahr früher. Es handelte sich damals um einen „lichenartigen Ausschlag an den Genitalien": Auf der Höhe und der Außenfläche der großen Labien saßen stecknadelkopfgroße, ziemlich pigmentierte, nicht plane Knötchen, welche nicht schuppten. Es waren z. T. Einzeleffloreszenzen, z. T. waren sie beetartig zusammengeflossen, sodaß münzengroße, erhabene, warzige Beete mit polycyklischen Rändern zu sehen waren.

Die Diagnose wurde damals, wo alle anderen Hauterscheinungen fehlten, mit einer vor 18 Jahren erworbenen Lues in ursächliche Beziehungen gebracht. Diese Vermutung hatte jedoch keinerlei feste Basis, da andere Tatsachen dagegen sprachen. (Chronische Behandlung der Lues, keine Recidive, Geburt eines gesunden Kindes, ihr „Verhältnis" nicht infiziert).

Durch Aetzungen mit Acid. carb. liquef. heilten die Effloreszenzen innerhalb von 4 Wochen ab, um später als der oben erwähnte, typische L. r. am ganzen Körper aufzutreten.

Nobl hat in zweijährigen systematischen Untersuchungen der L. r.-Fälle überraschend festgestellt, daß die weiblichen Genitalien gar nicht so selten von L. r. befallen werden. Ich kann dieses Ergebnis an Hand der vorliegenden Fälle der Breslauer Klinik nur bestätigen: seitdem in den letzten 2 Jahren in dieser Richtung eingehender untersucht wird, haben sich die Fälle von L. r. der weiblichen Genitalien gegen früher bedeutend vermehrt.

Es dürfte dies daran liegen, daß bei poliklinischen Untersuchungen in Fällen von typischen avenerischen Krankheiten kein Grund für die Vornahme einer Genitaluntersuchung vorzuliegen schien, daß weiter ein Teil der Patientinnen diese ablehnt.

Nobl hat bei 20 Fällen von L. r. bei Frauen dreimal Beteiligung der Genitalschleimhaut gefunden, wobei mir alle 3 Fälle erwähnenswert erscheinen.

**Fall I.** Es handelt sich um eine 37jährige Frau, Mutter, die wegen eines unerträglich juckenden Zustandes der Schamteile die Klinik aufsuchte.

Befund: Am freien Rand der dunkel pigmentierten großen Labien dicht aneinandergereihte, überhanfkorngroße, leicht erhöhte derbe Knötchen. Oberfläche rauh, bläulichweiß verfärbt, daher deutlich von der dunklen Umgebung abgehoben. An der Innenfläche der großen Labien und an beiden Seiten der kleinen und von hier fortgesetzt bis auf die Hymenalreste sind zu feinen Leisten und retikulären wie auch verzweigten Figuren zusammentretende Gruppen bläulichweiß verfärbter, kaum stecknadelkopfgroßer, mäßig erhöhter Knötchen zu gewahren, die mit scharf umgrenzten, gegen die Nachbarschaft steil konturierten Säumen und ihrer silbergrauen, mattglänzenden Oberfläche das unverkennbare Aussehen des L. r. darbieten.

Besonders erwähnenswert ist in diesem Fall eine völlige Uebereinstimmung des Befundes an Genital- und Mundschleimhaut, und zwar 2 Jahre nachdem ein L. r. am Oberschenkel einer Arsenkur gewichen war.

**Fall II.** Eine 27jährige Arbeiterin, ledig; ebenfalls Juckbeschwerden in der Schamgegend.

Befund: Außen- und Innenfläche der großen Labien frei. Die Innenfläche der kleinen Labien bieten eine dichte Einstreuung z. T. einzelstehender, z. T. zu Leisten und verzweigten Linien vereinigter, überstecknadelkopfgroßer Effloreszenzen dar, welche für L. r. typisch waren. Es handelt sich um polygonale, blauweiß schimmernde, glatte, in der Mitte etwas deprimierte, scharfkantig begrenzte, sich verdichtet anfühlende Bildungen, die ohne jede entzündliche Reizung der Umgebung in die Schleimhautfelder eingebettet erschienen.

Am Frenulum der Klitoris ein längs verlaufender First aus größeren, mehr vorspringenden, oberflächlich rauhen zugehörigen Blüten.

An der hinteren Kommissur und von hier in die tieferen Anteile des Introitus vorgeschobene Knötchenverbände disperser und verzweigter Gruppierung. Die tieferen Vaginalteile waren frei.

**Fall III.** 40jährige Frau; Allgemeinerscheinungen von L. r. am Körper. Von einer Erkrankung der Mundhöhle und der Schamteile war der Patientin nichts bekannt.

Mundhöhle: reich verzweigte, feinste linear vereinigte Knötchenreihen in typischen Lichen-Figuren.

An der Außenfläche der großen Labien, an deren freiem Saum und von hier auf die Innenfläche übergreifend war ein dichter Besatz von hirsekorngroßen, etwas erhöhten, bläulichweißen derben, an der Oberfläche abgeplatteten Knötchen anzutreffen, die in vielfacher Hinsicht an die zumeist an den Unterschenkeln auftretenden kleineren Formen des L. r. verrucosus erinnerten. Nebst diesen warzigen Gebilden hatten an der Innenfläche der kleinen Labien und der hinteren Kommissur zu Leisten und dentritischen Zeichnungen vereinigte, mattglänzende Effloreszenzenschübe den Sitz. Sie zeigten mit dem Belag der Wangenschleimhaut in Aussehen und der Anordnung völlige Uebereinstimmung. Vagina frei.

Einen ähnlichen Fall möchte ich aus der Breslauer Klinik anführen: 64jährige Frau. An der Innenseite der großen Labien und der Außenseite der kleinen Labien in der Umgebung der vorderen Kommissur L. r. Herde: weißlichrosafarbene, stecknadelkopfgroße Flecke, die sich deutlich von der Schleimhaut abheben. Uebrige Teile der Vulva frei.

Therapie: Segmentbestrahlung und Arsen. Daraufhin nach zwei Monaten Auftreten von typischen L. r. Effloreszenzen in der Mundhöhle. Der Vulva-Befund war völlig unverändert.

In weiteren 7 Fällen von 13 fand ich gleichzeitiges Befallensein von Teilen der Mundhöhle und der Genitalien, ohne genauere Angabe der Lokalisation.

Hirsch führt einen Fall an: 41jährige Frau mit stark juckendem, die ganze Vulva bedeckendem weißlichem Hautausschlag, der als L. r. angesehen wurde. Therapie: Sol. Fowl., Grenzstrahlen, alle möglichen Salben und Schüttelmixturen ohne Erfolg angewendet. Völlige Abheilung erfolgte auf eine energische Spirozidkur.

Polland beschreibt einen weiteren bemerkenswerten Fall: 43jährige Frau. Ausschlag vor 3 Jahren, am Genitale beginnend, mit außerordentlich heftigem Juckreiz. Befallen waren die Außenseiten der großen Labien und die Damm- und Analgegend, sowie die rückwärtigen Teile der Vulva. Das Exanthem reichte auch ein Stück in die Vagina hinein. Durch Uebergreifen des L. r. auf die Innenseite der Oberschenkel bestanden neben Anfällen von heftigem Juckreiz Schmerzen beim Gehen.

Zerkowitz und Nobl beschreiben weitere Fälle von L. r. der weiblichen Genitalien, wo hauptsächlich die Außen- und Innenseite der großen Labien und die Außenseite der kleinen Labien befallen waren, neben einer Beteiligung der Mundhöhle.

Tashiro beschreibt einen Fall, bei dem neben einem L. r.-Ausschlag am Körper die Mundhöhle und Genitalgegend — innere Seite der großen Labien und kleine Labien und die Gegend der Klitoris — befallen waren.

Motgomery beschreibt 2 einschlägige Fälle und meint, der L. r. der weiblichen Genitalien komme öfters isoliert vor und fände dann deswegen weniger Beachtung; nur wenn er Juckreiz verursache, würde er entdeckt. Zuweilen könne aber ein L. r. der Vulva — in Analogie zur Lichen-Bildung in der Mundhöhle — geeignet sein, die Diagnose unklarer Hauterscheinungen zu sichern.

F. Parkes beschreibt einen Fall von unerträglichem Pruritus vulvae, den die 43jährige Patientin dadurch zu lindern suchte, daß sie einen Finger in die Vagina steckte.

Befund: Diffuse Lichenifikation der Vulva und Vagina, so weit der Finger in die Vagina reichte. 8 Monate später generalisierter L. r. des ganzen Körpers.

Verfasser glaubt, daß „die Lichenifikation der Vulva wohl als Manifestation des L. r. aufzufassen sei, oder auch als eine Art Kraurosis vulvae", die häufig eine Erscheinungsform des L. r. ohne sonstige somatische Eruptionen darstelle.

Weitere Hinweise bezüglich eines Zusammenhanges zwischen L. r. und Kraurosis vulvae gibt Simons:

Die 34jährige Patientin litt seit 8 Jahren an Amenorrhoe. Vor 3 Monaten trat relativ schnell ein über den ganzen Körper, auch auf der Vulva ausgebreiteter L. r. auf, der nach Arsengebrauch wieder schwand.

Mit dem Schwinden des Ausschlages an der Vulva stellte sich aber eine deutliche Kraurosis vulvae ein.

F. Parkes führt weiter einen Fall von Montgomery an, der an der Vulva einer 53jährigen Frau einen L. r. von atrophischem Typ feststellte, ohne daß somatische Erscheinungen vorhanden waren. Auch in diesem Fall bot der Befund der Vulva ein der Kraurosis vulvae ähnliches Bild.

Sichtet man das Schrifttum über die Kraurosis vulvae, so zeigt sich, daß chronischer Ausfluß, namentlich Go., ferner alle einen Juckreiz hervorrufenden Affektionen als Ursachen angesehen werden. Durch das beständige Jucken werden die Patientinnen veranlaßt, mit den Kleidern oder Händen die betroffenen Stellen zu reiben und zu kratzen, wodurch bei langanhaltendem Reizzustand schließlich ein chronisches Wundsein entsteht, auf dessen Grundlage sich eine in Kraurosis vulvae ausgehende Entzündung des Gewebes anschließen kann.

Ein hervorstechendes Merkmal der Kraurosis vulvae ist der primäre Juckreiz.

In diesen Fällen wäre also banale Entzündung Vorstufe einer Atrophie unter dem Bilde einer Kraurosis vulvae.

In gleicher Weise könnte, wie das im Falle von Montgomery gegeben ist, eine mehr spezifische Entzündung unter dem Bilde eines L. r. nachfolgend eine Atrophie hervorrufen, die einer Kraurosis vulvae nicht unähnlich ist.

Thibierge stellt fest, daß der L. r. der weiblichen Genitalien nur wegen der Unterlassung einer Genitaluntersuchung so selten verzeichnet ist. Er hält eine Verwechselung mit Plaques muqueuses für sehr leicht möglich, von denen sich der L. r. hauptsächlich durch seine Trockenheit, das Fehlen von Erosionen und Ulcerationen, die gesättigte weiße Farbe und die schmäleren Konturen im Falle circinärer Konfiguration unterscheidet.

Hunt berichtet über Fälle von L. r. der Vulva, von denen fast die Hälfte atrophische Läsionen aufwies. Verfasser meint, daß die Erscheinungen häufig im Sinne einer Leukoplakie aufgefaßt würden.

Leiner beschreibt bei einem 14jährigen Mädchen eine diffuse Infiltration von blaßbläulicher Farbe an den Labien.

Gougerot fand bei einer 32jährigen Prostituierten einen typischen L. r. planum am Collum uteri, im Rachen und einen durch gastroskopische Untersuchung festgestellten L. r. der Magenschleimhaut.

Brünauer bestätigt in einem Fall die Doppellokalisation des des L. r. an den Schleimhäuten der Mundhöhle und der Genitalien.

Riecke schreibt: Man beobachtet relativ häufig ein kombiniertes Auftreten von L. r.-Erscheinungen am Genitale und an der Mundschleimhaut.

Auf diese Tatsache ist bereits hingewiesen worden, und es kann wohl mit einiger Sicherheit angenommen werden, daß die Ursache hierfür in der Vulnerabilität dieser Schleimhautgebiete und ihrer gleichzeitigen und andauernden Irritation zu suchen ist.

Nach Baaders Ansicht dürfte die gemeinsame Herkunft aus dem Ektoblast für Mund- und Afteröffnung die zutreffende Erklärung für dies scheinbar befremdliche Zusammentreffen sein. Durch die angeführten Fälle dürften wohl die weiblichen Genitalien aus dem Aufzählungsbereich der seltenen Lokalisation des L. r. bei systematischer Untersuchung ausscheiden.

## Rectum.

Ich konnte aus dem Krankengut der Breslauer Klinik 3 Fälle von L. r. des Rectums, bezw. des Anus herausfinden; und zwar war in einem Fall lediglich ein subjektiver Befund zu erheben: der männliche Patient klagte über starkes Brennen am After; eine vorgenommene Untersuchung auf Wurmeier war in der Krankengeschichte nicht erwähnt.

In den beiden anderen Fällen fanden sich am Anus lediglich mehrere feine, weiße Streifen neben einem Befallensein der äußeren Haut und der Mundhöhle.

Im Schrifttum werden von Kleeberg, Marx, Stobwasser, Schütz Fälle von L. r. der Rectalschleimhaut mitgeteilt.

Kleeberg beschreibt einen Fall von L. r. des Rectums bei einem 34jährigen Mann, der seit vielen Jahren an Pruritus ani litt. Neben L. r.-Erscheinungen an der Haut befand sich an der Wangenschleimhaut rechts ein großer milchig-weißer Fleck. Der Anus wies die charakteristischen silber-weißen Streifen von L. r. auf, und die Schleimhaut des Rectums zeigte eine baumförmige Anordnung weißer erhabener Flecke.

In dem Fall von Marx handelt es sich um einen männlichen Patienten, bei dem koexistierend mit Hauterscheinungen starkes Afterjucken bestand. Die Untersuchung der Rectalschleimhaut ergab L. r.-Effloreszenzen, die bis 5 cm hoch hinauf reichten und ein stricknetzförmiges Geflecht von silber-weißen Knötchen aufwiesen. Die Mundhöhle war frei. Die Abheilung erfolgte ohne eine Hinterlassung von Pigmentanomalien.

Bei dem Fall von Stobwasser war der Befand ähnlich; es erfolgte ebenfalls Abheilung, jedoch unter Hinterlassung einer schwachen Leukoplakie.

Bei dem Fall von Schütz handelt es sich um eine weibliche Patientin, bei der vor 15 Jahren ein L. r. der äußeren Haut bestanden hatte und abgeheilt war. Es fand sich ein solitärer L. r. des Rectums, der die Analschleimhaut perlmutterartig gefärbt, radiär leicht gewulstet und gefeldert, von einzelnen weißen spitzen Erhebungen durchsetzt, erscheinen ließ. Mundhöhle ebenfalls frei.

Bezüglich der subjektiven Erscheinungen des L. r. an den Schleimhäuten wäre zu sagen, daß die Krankheit z. T. unentdeckt bleibt, weil sie keinerlei Beschwerden macht, z. T. aber — und das scheint mir zu überwiegen — erhebliche subjektive Erscheinungen hervorruft.

In der Mundhöhle z. B. ist das Gefühl einer Rauhigkeit, das Brennen beim Genuß heißer und scharfer Speisen bekannt, Erscheinungen, die in einzelnen Fällen Schmerzen verursachen, die bis in die Ohren ausstrahlen und das Kauen und Schlucken behindern. (Gougerot und Jadassohn).

Am After und der Vulva ist in vielen Fällen ein außerordentlich starker Juckreiz erwähnt worden.

Eine Patientin von Rienzner mit isol. L. r. der Mundschleimhaut bekam beim Essen, insbesondere beim Genuß warmer oder gewürzter Speisen, heftig brennende Schmerzen mit Speichelfluß und unangenehmen Geruch.

Bezüglich des zeitlichen Auftretens der Schleimhautveränderungen bei L. r. ist festzustellen, daß in den allermeisten Fällen der Schleimhaut-Lichen gleichzeitig mit Erscheinungen auf der Haut angetroffen wird.

Der isol. oder solitäre Schleimhaut-Lichen wird nach Trautmann in einer Häufigkeitsskala an die zweite Stelle gesetzt.

Von den gleichzeitig auf Haut und Schleimhäuten Lichen-Effloreszenzen darbietenden Fällen kann man nicht sagen, ob die Erscheinungen auf beiden gleichzeitig oder auf einer von beiden primär begonnen habe, eben weil ein Teil der Schleimhaut-Fälle keine Erscheinungen macht und die Krankheit erst vom Patienten entdeckt wird, wenn Erscheinungen auf der Haut auftreten, oder überhaupt unentdeckt bleibt oder nur zufällig vom Arzt entdeckt wird.

Bei dem L. r. der weiblichen Genitalschleimhaut scheint der primäre Schleimhaut-Lichen zu überwiegen.

Wollte man daraus eine Schlußfolgerung auf die Mundhöhle ziehen, wegen der Gleichheit der Erscheinungsformen der Krankheit, so kann man sagen, daß der primäre L. r. der Schleimhäute gegenüber dem primären L. r. der äußeren Haut zu überwiegen scheint.

In die Therapie des L. r. wurde von v. Hebra das Arsen eingeführt. Es hat im Laufe der Jahrzehnte mancherlei Einwände erfahren, ist aber wohl heute noch das Mittel der Wahl. Es wird verabreicht in Form von Pillen oder Tropfen. Bei der Notwendigkeit, bei L. r. relativ große Arsen-Dosen über längere Zeit hin anzuwenden, bedeutete in anbetracht der Empfindlichkeit des Verdauungstraktus gegen Arsen die Einführung der Injektionsbehandlung durch Köbner einen wesentlichen Fortschritt. Für die intravenöse Verabreichung hat Herxheimer das Arsen empfohlen. Sie ist schmerzlos und ermöglicht eine energische Arsenwirkung.

Wenn auch das Arsen nach dem Urteil der meisten Dermatologen nach wie vor ein besonders wichtiges und wirksames Spezifikum gegen den L. r. darstellt, so wird doch überall festgestellt und zugegeben, daß das Arsen gegen Schleimhaut-Affektionen versagt oder zum mindesten weniger wirksam ist.

Pautriers sagt, daß die Mundschleimhaut gegen Arsen fast stets refraktär sei.

Unter den Fällen der Breslauer Klinik fand ich z. B. bei einem L. r. am Penis ein Recidiv nach 5 Jahren trotz energischster Arsenmedikation (Pill. asiat.), bei einem L. r. der Mundhöhlenschleimhaut ein Recidiv nach 15 Jahren (damals Sol. Fowl.).

Die Art der Verabreichung des Arsens spielt dabei gar keine Rolle.

In 4 Fällen von L. r. der äußeren Haut traten Schleimhauterscheinungen erst unter einer energischen Arsentherapie auf: so z. B. bei einem 28jährigen Mann, der an einem L. r. der Haut litt. Nach $^1/_4$ Jahr suchte der Patient die Klinik mit einem L. r. im sulcus coronarius und auf der Wangenschleimhaut wieder auf.

Leider lassen sich darüber keine genauen Angaben machen, da ja im Falle eines evtl. Heilungserfolges im allgemeinen davon die Patienten nicht berichten kommen, sondern nur im Falle eines Mißerfolges.

Die subjektiven Beschwerden lassen sich fast immer durch hohe Arsendosen — über lange Zeit gegeben — günstig beeinflussen.

Wenn das nur immer erreicht wird, so ist dem Kranken schon viel geholfen.

Gegen den einer Allgemeinbehandlung gegenüber resistenten Schleimhaut-Lichen empfehlen Jadassohn und Galewsky u. a. Röntgen- und Radiumbestrahlungen, evtl. in Kombination mit Arsen.

Ueber die Erfolge dieser Therapie an der Breslauer Klinik wird in einer gesonderten Arbeit später berichtet werden.

## Zusammenfassung.

Aus den L. r. Fällen mit Schleimhautbeteiligung, die in den Jahren 1920-38 an der hiesigen Univ. Hautklinik beobachtet wurden, lassen sich folgende Feststellungen treffen.

Der L. r. der Mundhöhle ist an bestimmte Lokalisationen nicht gebunden, sondern kommt in mehr oder minder großer Häufigkeit auf der gesamten Mundschleimhaut vor.

Die männlichen Genitalien sind eine ausgesprochene Prädilektionsstelle für den L. r.

Die weiblichen Genitalien werden weit häufiger von L. r. befallen, als es bisher angenommen wurde. Hauptsitz der Herde sind: die Außen- und Innenseite der großen Labien und die Außenseite der kleinen.

Der L. r. der Schleimhäute verursacht teilweise keine subjektiven Beschwerden; bisweilen aber können Schmerzen in der Mundhöhle auftreten, die unerträglich sind. An den weiblichen Genitalien tritt in einem großen Teil der Fälle außerordentlich starker Juckreiz auf.

Der L. r. der Schleimhäute ist gegen Arsen außerordentlich resistent. Die subjektiven Beschwerden bessern sich jedoch im allgemeinen durch die Arsenverabreichung.

Die Recidivfähigkeit ist sehr groß:
es haben sich Recidive nach 15jähriger Pause gefunden.

---

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Gottron für die Ueberlassung des Themas und seine Anregungen bei der Abfassung der Arbeit meinen Dank abstatten.

## Schrifttum.

**Mundhöhle:**


1. Arndt: Zbl. Hautkrankh. 23/512 (1927).
2. Baader, E.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 149, S. 261 ff. (1925).
3. Bettmann, S.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75, S. 379 (1905).
4. Freund, H.: Statistischer Beitrag zur Kenntnis des L. r. Dermat. Zeitschr., Bd. 64, S. 57 (1932).
5. Frieboes, W.: Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Leipzig, 1928, S. 73 ff.
6. Galewsky, E.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 129, S. 484 (1920).
7. Gautier: Ref. Ann. de Dermat. S. 1194 (1895).
8. Goldberger: Monatsschr. f. Ohrenheilk. Ig. H. 7, S. 61.
9. Gottron, H.: Dermat. Zeitschr. Bd. 56, S. 417 (1929).
   ders. Dem. Zbl. Hautkrankh. Bd. 32, S. 550 (1930).
   ders. Dermat. Zeitschr. Bd. 58, H. 3, S. 164 (1930).
   ders. Zbl. Hautkrankheiten, Bd. 36, S. 152 (1931).
10. Gougerot: Bull. Soc. franc. Dermat. Bd. 38, No. 4, S. 609 (1931).
    ders. Bd. 42, No. 3, S. 431 (1935).
11. Halter, K.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 176, S. 201 ff. (1938).
    ders. Zbl. Hautkrankh. Bd. 57, S. 564 (1938).
12. Juliusberg, F.: Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. VII/2, Berlin 1931, S. 1 ff.
13. Krewer, P.: Ueber Lichen ruber unter bes. Berücksichtigung der Schleimhaut-Lokalisation. Inaug.-Diss. Berlin, 1932.
14. Lesser, E.: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. 13. Aufl. Berlin, 1914, S. 38 ff.
15. Mayer, R.: Zbl. Hautkrankh. Bd. 24, S. 587 (1922).
16. Pospelow, A. J.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 17, S. 533 ff (1885).
17. Postma, C.: Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 24, S. 629 (1927).
18. Pürckhauer: Zbl. Hautkrankh. Bd. 26, S. 556 (1928).
19. Riecke, E.: Lehrb. der Haut- u. Geschlechtskrankh. 8. Aufl., Jena, 1931, S. 210 ff.
    ders. in: Mrazek's Handb. d. Hautkrankh. Bd. 2, Wien, 1905, S. 491 ff.

20. Riehl: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 72, S. 276 (1904).
21. Rienzner: Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 25, S. 673 (1928).
22. Ròna: Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 6, S. 873 ff. (1887), Bd. 8, S. 245 (1889).
23. Siemens, H.: Zbl. Hautkrankh. Bd. 24, S. 738 (1927).
24. Stobwasser: Dtsch. Med. Wochenschr. Nr. 5, S. 72 ff (1899).
25. Trautmann, G.: Krankh. d. Mundhöhle, II. Aufl., Wiesbaden 1911, S. 1 ff.
26. Zürhelle, E.: Zbl. Hautkrankh. Bd. 21, S. 545 ff. (1927).

**Männliche Genitalien:**

1. Bettmann, S.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75, S. 379 ff (1905).
2. Frieboes, W.: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Leipzig 1928, S. 73 ff.
3. v. Hebra, H.: Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. X, No. 3, S. 101 (1890).
4. Heuß, E.: Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 31., No. 10, S. 470 (1900).
5. Juliusberg, F.: in Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. VII/2, Berlin 1931, S. 1 ff.
6. Lesser, E.: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh., 13. Aufl., Berlin 1914, S. 38 ff.
7. Montgomery: Arch. of Dermatol a. Syph. Bd. 8, No. 1, S. 73 ff (1923).
8. Riecke, E.: Lehrb. d. Haut -u. Geschlechtskrankh. 8. Aufl., Jena 1931, S. 210 ff.
9. Schoenhof: Zbl. Hautkrankh. Bd. 26, S. 30 (1928).
10. Shapiro: Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 26, S. 148 (1928).
11. Spitzer, E.: Dem. Zbl. Hautkrankh. Bd. 26, S. 350 (1928).

**Weibliche Genitalien:**

1. Brünauer: Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 7, S. 242 (1923).
2. Gougerot: Bull. Soc. franc. Dermat. Bd. 44, No. 4, S. 637 (1937).
3. Hirsch, H.: Dermat. Wschr. Bd. 97, S. 1263 (1933).
4. Hunt, E.: Brit. J. of Dermat. Bd. 48, S. 53 ff (1936).
ders. Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 54, S. 162 (1937).
5. Juliusberg, F.: In Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. VII, 2, Berlin 1931, S. 1 ff.
6. Leiner: Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 16, S. 414 (1925).
7. Montgomery: Americ. Journ. of obstetr. a. Gynecol. Bd. 14, No. 2, S. 232 (1927).

8. Nobl, G.: Dermat. Wschr. Bd. 63, S. 723 ff 1916).
ders. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 125, S. 358 (1920); Bd. 125, S. 596 (1920).
9. v. Notthafft, A.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 90, S. 265 ff (1908).
10. Polland, R.: Dermat. Zeitschr. Bd. 20, S. 778 ff (1913).
11. Riecke, E.: In Mrazek's Handb. d. Hautkrankh. Bd. 2, Wien 1905, S. 491 ff.
12. Rosenstein: Monatschr. f. Geburtshilfe. Bd. 64, März 1902, S. 167.
13. Seifert, O.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 80, S. 215 ff (1906).
14. Simons: Monatschr. f. Geburtshilfe. Bd. 64, März 1902.
15. Stanka: Wien. med. Wschr. 1934, Heft 2, S. 1350.
16. Tashiro: Acta Dermat. Japan. Bd. 11, S. 113/14 (1928).
17. Thibierge, G.: Progr. med. Ig. Bd. 50, S. 630 ff (1922); ders. Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 9, S. 301 (1924).
18. Weber u. Parkes: Brit. Journ. of Dermat. Bd. 39, No. 12, S. 521 (1927).
19. Wechselmann: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 64, S. 414 (1903).

**Rectum:**

1. Frieboes, W.: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Leipzig 1928, S. 73 ff.
2. Juliusberg, F.: In Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. VII, 2, Berlin 1931, S. 1 ff.
3. Kleeberg, L. S.: Ref. Zbl. Hautkrankh. Bd. 54, S. 661 (1937).
4. Lesser, E.: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. 13. Aufl., Berlin 1914, S. 38 ff.
5. Marx: Beitrag zur Lehre vom Lichen ruber planus der Schleimhäute. Inaug.-Diss. Würzburg, 1893.
6. Riecke, E.: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. 8. Aufl., Jena 1931, S. 210 ff.
ders. In Mrazek's Handb. d. Hautkrankh. Bd. II, Wien 1905, S. 491 ff.
7. Schütz, J.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 91, S. 231 ff (1908).
8. Stobwasser: Dtsch. Med. Wschr., No. 5, 1899, S. 72 ff.

# Lebenslauf.

Am 21. 9. 1908 wurde ich, katholischer Konfession, zu Kattowitz als Sohn des Reichsbahnamtmannes i. R. Alois Niesner und seiner Ehefrau Franziska, geb. Bennek, geboren. Nach dem Besuch der dortigen Knaben-Mittelschule trat ich 1918 in die Sexta des Staatlichen Gymnasiums in Kattowitz ein. 1922 siedelten meine Eltern wegen der Abtretung von Kattowitz an Polen nach Oppeln über, wo ich bis zum Abiturium 1929 das Gymnasium besuchte. Das Studium der Medizin begann ich in Breslau, um das 2. und 3. Semester an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien zu belegen. Das 4. bis 6. Semester hörte ich in Würzburg, wo ich am 28. 10. 1931 das Vorexamen bestand. Die restlichen Semester hörte ich in Breslau, wo ich am 12. 1. 35 das Staatsexamen beendete.

Das praktische Jahr absolvierte ich an der Chirurgischen-, Frauen- und Inneren Abteilung des Krankenhospitals zu Allerheiligen in Breslau.

Die Approbation als Arzt erhielt ich zum 25. 1. 1936.

Seit meiner Approbation war ich bis 1. 3. 37 Assistent an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Elisabethinerinnen tätig. Seitdem bin ich Vertreter praktischer Aerzte.